

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
УО "ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"

# **ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ**

Материалы 68-ой научной сессии сотрудников университета

31 января – 1 февраля 2013 года

ВИТЕБСК - 2013

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431-52.82я431  
Д 70

**Редактор:**

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

**Заместитель редактора:**

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

**Редакционный совет:**

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, доцент Э.А. Аскерко, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент В.В. Столбицкий, доцент И.А. Флоряну

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.

Материалы 68-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:  
ВГМУ, 2013. – 663 с.

ISBN 978-985-466-633-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный  
медицинский университет», 2013

ISBN 978-985-466-633-4

(23,40%) из них. Наиболее часто отмечалось прогрессирование в печени (n=5, 10,64%), легких (n=3, 6,38%) и локальный рецидив заболевания (n=4, 8,51%).

Выживаемость пациентов с ПЗОН была оценена по методу Каплана-Майера. При этом медиана общей выживаемости пациентов с ПЗОН составила 16 месяцев. Общая 1-летняя выживаемость составила 57,45%, 5-летняя – 23,40%. Нами не было выявлено достоверных различий в выживаемости пациентов со злокачественными кортикальными и медуллярными опухолями (лог-ранговый тест,  $p>0,05$ ).

#### **Выводы.**

1. ПЗОН встречаются достаточно редко, в то же время у 44,68% пациентов они выявляются в IV стадии, а в 14,29% случаях были диагностированы посмертно.
2. Кортикальные опухоли чаще встречались у мужчин, медуллярные – у женщин.
3. Отмечалась скудная симптоматика ПЗОН, в результате чего у большинства пациентов на дооперационном этапе этот диагноз не выставлялся.
4. Наиболее частым оперативным вмеша-

тельством при ПЗОН была адреналэктомия.

5. Выживаемость пациентов с ПЗОН была низкой (медиана 16 месяцев), и не различалась в случаях АКР и ЗФХЦ.

#### **Литература:**

1. Current and Emerging Therapies for Advanced Adrenocortical carcinoma / L. J. Tacon [et al.] // *Oncologist*. – 2011. – Vol. 16(1). – P. 36–48.
2. Fassnacht, M. Clinical management of adrenocortical carcinoma / M. Fassnacht, B. Allolio // *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. – 2009 – Vol. 23(2). – P. 273–289.
3. Updated and New Perspectives on Diagnosis, Prognosis, and Therapy of Malignant Pheochromocytoma/Paraganglioma / G. Parenti [et al.] // *J Oncol*. – 2012. – Vol. 12. – P. 1–10.
4. Pheochromocytoma: an update on genetics and management / A. Karagiannis [et al.] // *Endocr Relat Cancer*. – 2007. – Vol. 14. – P. 935–956.
5. Pheochromocytoma: Current Approaches and Future Directions / J. T. Adlira [et al.] // *The Oncologist*. – 2008. – Vol. 13. – P. 779–793.

## **ВЕДЕНИЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА В КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ**

**Семенова Ю.А., Тихон В.К.**

ГУО «Белорусская государственная медицинская академия последипломного образования»

**Актуальность.** Совсем недавно считалось, что качество лечения хирургических пациентов зависит от техники операций и квалификации хирурга и не уделялось должного внимания ведению послеоперационного периода. Возникает вопрос: почему технически удачно выполненные оперативные вмешательства у пациентов на ободочной кишке и отсутствие интраоперационных осложнений зачастую имеют осложненное течение в послеоперационном периоде? Непосредственные результаты лечения в колоректальной хирургии остаются неудовлетворительными, а процент послеоперационных осложнений неизменно высок [1]. Рутинные постановка множества дренажей, длительный постельный режим, голодание, назогастральная декомпрессия, про-

должительное внутривенное введение жидкостей не только задерживают выздоровление, но и могут оказывать негативное влияние на течение послеоперационного периода, способствуя развитию осложнений.

В связи с этим хирургическая мысль многих исследователей обратилась к тактике ведения периоперационного периода, начиная от подготовки к операции до момента выписки из стационара. Исходя из вышеизложенного, разработан многоуровневый подход к ведению периоперационного периода, так называемая хирургия быстрого выздоровления. Это комплекс мероприятий, направленных на снижение негативных последствий оперативных вмешательств и уровня их осложнений. Основными направле-

ниями являются: отсутствие механической подготовки кишечника, ограничение продолжительного голодания перед операцией; применение эпидуральной анестезии, ограничение постановки хирургических дренажей интраоперационно; раннее удаление мочевого катетера, избежание рутинной постановки назогастральных зондов, ограничение объемов внутривенных инфузий, раннее мобилизация и энтеральное питание в послеоперационном периоде [2].

**Цель.** Определить пути улучшения непосредственных результатов оперативного лечения заболеваний ободочной кишки, применяя некоторые принципы хирургии быстрого выздоровления.

**Материал и методы.** С 2010 по 2011 гг. хирургически пролечены 89 пациентов с патологией ободочной кишки с частичным использованием принципов хирургии быстрого выздоровления. Средний возраст составил 63 года. Осуществлялись: ограничение постановки хирургических дренажей (1 дренаж – 39,3%, 2 – 52,8%, 3 – 5,6%, отсутствие дренажей – 2,3%), мобилизация пациентов на первые сутки после операции, энтеральное кормление (стол типа ПП) на вторые сутки, ограничение внутривенно вводимых жид-

костей до 2-х литров в сутки. Проанализированы частота послеоперационных осложнений, появление перистальтики, отхождение газов и стула.

**Результаты и обсуждение.** Восстановление перистальтики у большинства пациентов наблюдалось на вторые сутки, отхождение газов у 59,6% пациентов на 2–3 сутки, у 45% пациентов на 5-е сутки был самостоятельный стул. Послеоперационные осложнения зарегистрированы в 7,9% наблюдений, где средний возраст пациентов был свыше 70 лет, что может быть связано с отягощенным соматическим статусом и выполнением оперативных вмешательств по жизненным показаниям.

Результаты использования некоторых принципов хирургии быстрого выздоровления представлены на рисунке 1.

### Выводы.

Применение принципов многоуровневого подхода к периоперационному ведению пациентов с патологией ободочной кишки позволяет снизить уровень послеоперационных осложнений, ускорить сроки восстановления перистальтики, отхождения газов и стула. Ранняя мобилизация снижает послеоперационную слабость, риск развития легочных и тромбоэмболических

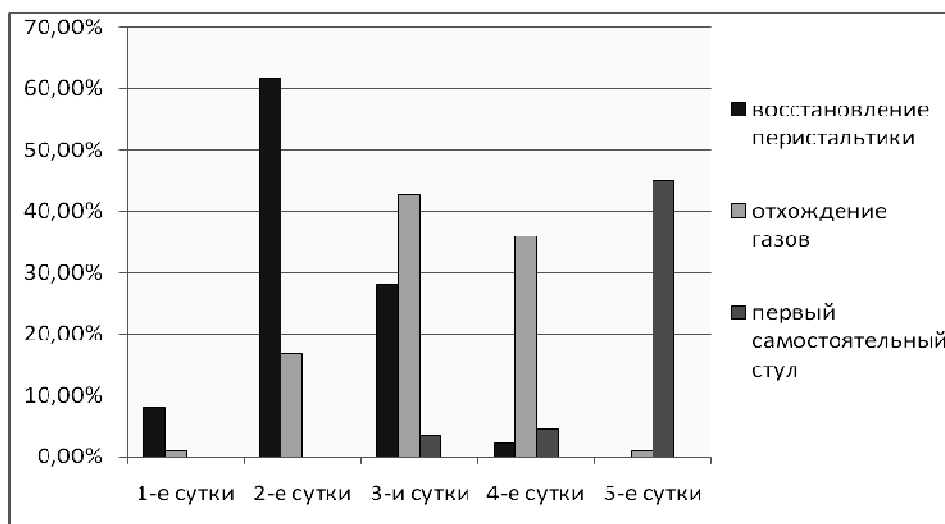


Рисунок 1. Восстановление кишечной функции при использовании некоторых компонентов программы быстрого выздоровления

осложнений. Раннее энтеральное питание позволяет предотвратить потерю мышечной массы, вызванной длительным голоданием, способствует заживлению зоны анастомоза и

лапаротомной раны, снижению инфекционных осложнений [3, 4]. Уменьшение объемов вводимой внутривенно жидкости снижает развитие легочных, сердечно-сосудистых ос-

ложнений, а также послеоперационной тошноты и рвоты. Перегрузка внутривенным поступлением жидкости приводит к отеку кишечной стенки и увеличивает риск несостоятельности анастомоза [5].

Результаты исследования свидетельствуют о преимуществах принципов хирургии быстрого выздоровления и необходимости их использования в комплексе, с дальнейшим расширением применения многоуровневого подхода к ведению периоперационного периода для достижения оптимальных результатов лечения пациентов с заболеваниями ободочной кишки.

#### **Литература:**

1. Kirchhoff, P. Complications in colorectal surgery: risk factors and preventive strategies / P. Kirchhoff, P.A. Clavien, D. Hahnloser // Patient Saf.

Surg. – 2010. – Vol. 4, № 1. – P. 5–10.

2. Soop, M. Optimizing perioperative management of patients undergoing colorectal surgery: what is new? / M. Soop, J. Nygren, O. Ljungqvist // Curr Opin Crit Care. – 2006. – Vol. 12, № 2. – P. 166–170.

3. Consensus review of optimal perioperative care in colorectal surgery / K. Lassen [et al.] // Arch Surg. – 2009. – Vol. 144, № 10. – P. 961–969.

4. Lewis, S.J. Early enteral nutrition within 24 h of intestinal surgery versus later commencement of feeding: a systematic review and meta-analysis / S.J. Lewis, H.K. Andersen, S. Thomas // J Gastrointest Surg. – 2009. – Vol. 13, № 3. – P. 569–575.

5. Hilton, A.K. Avoiding common problems associated with intravenous fluid therapy / A.K. Hilton, V.A. Pellegrino, C.D. Scheinkestel // MJA. – 2008. – Vol. 189, Is. 9. – P. 509–513.

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛОТИРУЮЩИХ ТРОМБОЗОВ В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ**

*Сушков С.А.<sup>1</sup>, Небылицин Ю.С.<sup>1</sup>, Михневич А.В.<sup>1</sup>, Кухновец Е.А.<sup>2</sup>*

УО «Витебский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>,

УЗ «Витебский областной клинический диагностический центр»<sup>2</sup>,

**Актуальность.** Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и связанная с ним тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) остаются важными клиническими проблемами [1]. В общей популяции ТГВ встречается в 50 случаях, а среди лиц пожилого возраста (>65 лет) заболеваемость увеличивается до 200 случаев на 100 000 населения [1, 2]. Непосредственная угроза жизни пациентов связана с развитием грозного осложнения – ТЭЛА, которая регистрируется в 35–40 случаях на 100 000 человек. В течение первых 30 суток после диагностированного ТГВ от ТЭЛА умирает до 6% пациентов [2, 3]. Наибольшую угрозу представляют флотирующие тромбы. Лечебная тактика пациентов с ТГВ будет зависеть от распространенности тромботических поражений и их значимости в возникновении тромбоэмболических осложнений [2]. В связи с этим актуальным вопросом является выработка тактики лечения пациентов с флотирующими ТГВ.

**Цель.** Выработка оптимальной тактики лече-

ния пациентов с флотирующими ТГВ.

**Материал и методы.** В клинике наблюдалось 32 пациента с флотирующими ТГВ нижних конечностей (мужчин – 25, женщин – 8) в возрасте от 45 до 89 лет ( $55,2 \pm 12,8$  года). Левосторонняя локализация патологического процесса наблюдалась у 19, правосторонняя – у 13 пациентов. Илиофemorальный тромбоз выявлен у 8 пациентов, тромбоз бедренной вены – 25. Применялись лабораторные и инструментальные методы исследования (ультразвуковое доплерографическое исследование, дуплексное и триплексное ангиосканирование). Для оценки тромботического состояния крови производилось исследование коагуляционного гемостаза.

Цифровой материал обрабатывали статистически с использованием стандартных пакетов прикладных программ Statistica – 6 [4, 5].

**Результаты и обсуждение.** Схема ведения пациентов с ТГВ основывалась на данных проведенных обследований. В случае выявления флотирующего тромба в бедренном или подвздошном